FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 154

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Isidore A. KELLER

Né le 24 Juillet 1903, à Bucarest (Roumanie)

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE dans la Lèpre

(Travail du Service du Dr A. SÉZARY, Hôpital Saint-Louis)

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26. PARIS (VIe Arr.)

1930

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lautohemotherapi0026isid

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Isidore A. KELLER

Né le 24 Juillet 1903, à Bucarest (Roumanie)

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE dans la Lèpre

(Travail du Service du Dr A. SÉZARY, Hôpital Saint-Louis)

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LŒPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHABROL	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	CHIRAY	Pathologie médicale
		CLERC	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	DEBRE	Hygiène.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DOGNON	Physique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	DONZELOT	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	DUVOIR	Médecine légale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	ÉCALLE	Obstétrique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
GIROUD.....	Histologie
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL....	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL..	Obstétrique .
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F)..	Pharmacologie.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING....	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, Fils..	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III.— Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.. ..	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V.— Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES CHERS NEVEUX

A MON ONCLE Dr E. EDELEANU

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie.

AUX MIENS. A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Président de la Société Française de Prophylaxie
sanitaire et morale

En le remerciant du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur L. TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de très profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

A qui nous devons le sujet de notre thèse ; qui nous a aidé de ses conseils.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE, LE Dr J. BELOT

Médecin électro-radiologiste de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur NAHAN

Chef-adjoint du Service central d'Electro-radiologie de l'Hôpital Saint-Louis

En remerciement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

CHAPITRE PREMIER

ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA LÈPRE

Les médicaments expérimentés dans le traitement de la lèpre sont si nombreux, que nous n'avons pas la prétention d'en donner une énumération complète.

A) *Médication interne*

L'huile de Chaulmoogra est la médication classique (retirée de Taraktogenos Kurzen des Indes). On l'admitre : par la bouche à doses croissantes, en commençant par cinq gouttes par jour, pour arriver rapidement à 100 gouttes. Sous la forme de capsules kératinisées de 15^{ctgr} chacune, on peut aller jusqu'à 25 ou 30 capsules par jour. En cas d'intolérance gastrique on l'emploie en lavement, emulsionnée avec du lait, à la dose de 15^{ctgr} par jour.

En injections intra-fessières souvent douloureuses. En injections intra-veineuses à la dose de $1^{ctgr}\frac{1}{2}$ tous les deux jours. On amène en général, des sérieuses améliorations, mais presque toujours dans la lèpre tuberculeuse.

L'*Antiléprol* (éther étylique de l'acide gynocardique) s'administre en capsules de $0^{gr}50$ et en une ou deux

semaines on peut atteindre 2 à 5^{gr}, car il serait mieux toléré. L'usage de ce médicament doit être continu pendant un an ou deux.

Le Baume de Gurjun s'administre en gouttes. On commence par une goutte pour atteindre 200 gouttes.

La Tuberculine. Les lépreux supportent des doses plus élevées que les tuberculeux. La réaction locale est plus tardive que dans la tuberculose et se répète sans une nouvelle injection.

La Léproline (substance retirée par Rost des cultures de bacilles de la lèpre). Elle serait analogue à la tuberculine, donnant aussi une réaction locale et générale. On l'injecte à la dose de 10^{ctgr} tous les dix jours.

La Nastine (graisse bactérienne) retirée par Deyke d'un bacille acido-résistant (streptotrix léproïdes) qui se rencontre fréquemment sur la peau et les muqueuses des lépreux.

Le Sérum antidyphtérique employé par Babès de Bucarest.

Le B. C. G. administré dernièrement par Pons et Chastel, Joanau et Guillet sans résultat.

L'Arsenic (le Salvarsan) a été souvent employé, mais on n'obtient qu'une amélioration de l'état général.

L'Eparséno. Ce médicament doit être prudent à doses progressives et espacées (Gougerot).

L'Ichtyol, préconisé par Unna en capsules de 0^{gr}25.

Le Pétrole brut employé par Kalindero de Bucarest en capsules à la dose de 19^{gr} par jour.

L'Acide pyrogallique administré par la bouche à la dose de 2^{gr}50 par jour.

L'Acide phénique recommandé par Bertarelli, s'administre en solution à 20 % dans de l'eau ordinaire stérilisée. Les malades réagissent à cette médication par de l'excitation ou de l'insomnie.

Le Tartre stibié (antimoine) à 1 % en injections veineuses tous les deux jours, en commençant par 2^{cm3} pour arriver graduellement à 10^{cm3}. Il paraît agir sur les ulcérations.

L'Iodo bismuthate de quinine à 10 % en injections, paraît agir aussi sur les ulcérations.

La quinine, la phénacéline, l'aspirine et dernièrement les *Sels d'or*, ont été expérimentés dans le traitement des poussées fébriles, mais sans succès.

Le Salicylate de soude employé par Danielssen contre les douleurs, à fortes doses, 4 à 8^{gr} par jour.

L'Iodure de potassium, le phosphore, le bromure de potassium, expérimentés sans succès.

L'Iodure de plomb, expérimenté dans ces dernières années par des médecins Colombiens. Employé en injections intra-musculaires seul ou associé à l'huile de Chaulmoogra.

Le Thymol en injections à 10 %, en suspension dans l'huile de sesann. Une injection de 4^{cm3} tous les quatre jours pendant un mois. A partir du deuxième mois, une fois par semaine.

B) *Médication externe*

Pansements ichtyolés, pommades iodoformées, employées contre les tubercules ulcérés.

Compresses chloroformées utilisées par Leloir contre la douleur.

Les moyens physiques employés avec certain succès :

La neige carbonique, utilisée par Paldrock pour le traitement des lépromes.

Le Radium, appliqué contre les douleurs, de la névrite et pour amener la résorption des tubercules.

La Röntgenthérapie appliquée par Oudin, Belot, Béclère, etc., affaisse et sclérose les lépromes.

L'Etincelle de haute fréquence pour le traitement des maux perforants.

L'exitation galvanique est parfois utile pour rééduquer les muscles atrophiés (Marchoux).

Le nombre considérable des médications vantées dans le traitement de la lèpre, montre leur peu d'efficacité. Aussi, nous pouvons dire qu'actuellement, nous ne possédons pas, contre cette affection redoutable, un traitement véritablement actif.

CHAPITRE II

ACTION THERAPEUTIQUE GENERALE DE L'AUTOHEMOTHERAPIE

L'Autohémothérapie a été consécutive à l'Autosérothérapie utilisée par Spiethoff. En 1913, M. Ravaut eut l'idée de simplifier la méthode (assez compliquée par la difficulté d'obtenir du sérum stérile), et d'injecter du sang total provenant du propre sujet. Ayant obtenu les mêmes résultats qu'avec l'Autosérothérapie, il créa l'Autohémothérapie.

Actuellement, elle est un procédé de choix dans de nombreux états cliniques et particulièrement en Dermatologie.

Le mécanisme intime de l'Autohémothérapie, malgré les nombreuses recherches entreprises à son sujet, est encore entouré d'obscurité : on en est réduit à présent, aux hypothèses. Nous allons donc examiner les travaux faits à ce sujet.

Depuis longtemps, on a remarqué que les organismes ne se comportent pas d'une façon identique en présence des mêmes agressions extérieures. « Ce mode

de réaction propre à chaque individu était désigné sous le nom d'idiosyncrasie, grâce à laquelle, en présence d'agents nocifs, ou même habituellement indifférents, les uns présentent une intolérance plus ou mois marquée tandis que les autres se montrent parfaitement résistants ».

Ces troubles étaient attribués à un processus chimique d'intoxication, qui pouvait se produire à la faveur d'insuffisances viscérales, hépato-rénale en particulier, créant une véritable prédisposition morbide (Bouchard). Et c'est contre l'intoxication que la thérapeutique était avant tout dirigée.

Pour Widal et son école « il s'agit d'un processus d'ordre physique, lié à la simple altération de l'équilibre colloïdal de nos humeurs ». A ce trouble humoral, Widal a donné le nom de crise hémoclasique, qui se caractérise cliniquement par : chute de la pression artérielle, leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire, modifications en plus ou en moins de la coagulabilité du sang. Ce processus qui détermine cette crise est attribué par Widal au « brusque déséquilibre apporté à l'état des constituants du plasma sanguin » ; en un mot, c'est de la colloïdoclasie.

Une autre théorie, défendue d'abord par Kopaczewski et reprise par Lumière, a été émise : c'est celle de la floculation, (agglomération des micelles éparses dans le plasma).

Kopaczewski la formule ainsi : « L'introduction de substances colloïdales déterminées dans le sérum d'un animal normal provoque une rupture d'équilibre colloï-

dal qui se traduit par une floculation micellaire ; cette floculation, par l'obstruction du réseau capillaire, provoque l'asphyxie avec son cortège habituel de symptômes ». Kopaczewski explique ainsi le choc anaphylactique et les divers chocs observés en clinique, mais pour ne pas les confondre avec le choc anaphylactique, il leur donne le nom de « choc par contact ».

Lumière a modifié un peu cette notion. Pour lui, « les matériaux floculés arrivant au niveau des centres nerveux excitent mécaniquement l'endothélium vasculaire, provoquent la vaso-dilatation brusque des capillaires cérébraux et, par voie reflexe, celle de l'arbre circulatoire viscéral tout entier ». Il envisage aussi beaucoup de maladies chroniques. « Le point de départ des maladies chroniques résiderait dans l'état de sensibilisation du sujet, état créé par le passage dans le milieu humoral de matériaux albuminoïdes étrangers à son organisme ; les accès seraient déterminés par pénétration secondaire d'une nouvelle quantité de ces mêmes albuminoïdes ». D'après Lumière, un tel état serait à l'origine de l'asthme et de nombreuses dermatoses.

Ainsi, Widal, Kopaczewski et Lumière par leurs théories, envisagent trois conceptions physiques des phénomènes de choc. Et d'après Kopaczewski « elles admettent toutes les trois un trouble brusque de l'équilibre colloïdal ».

Il résulta de cette manière de voir que les malades chez lesquels on employa avec succès l'Autohémothérapie et les méthodes analogues furent considérés comme sensibilisés et atteints de troubles de l'équilibre colloïdal.

L'Autohémothérapie serait un procédé de désensibilisation par anticolloïdoclasie ; elle agirait en provoquant un choc qui aurait pour conséquence de supprimer l'état de sensibilité du sujet vis-à-vis des substances nocives pour lui.

L'Autohémothérapie a été tentée avec des résultats variables, dans un grand nombre de dermatoses appartenant à des groupes très divers.

La furonculose est à placer au premier rang ; ce serait pour Thorel et Fauvet, Spillmann, Nicolas, Gaté et Dupasquier, etc. le triomphe de l'Autohémothérapie. L'Urticaire constitue l'un des types les plus sûrs de dermatoses rattachés à la sensibilisation. Dans ce cas l'Autohémothérapie a donné des beaux succès.

Les prurits simples essentiels, qui ne s'accompagnent pas de lésions de grattage, sont assez souvent améliorés ou guéris.

Dans les prurigos chroniques avec liquénification, Nicolas, Gaté et Dupasquier ont obtenu d'excellents résultats.

Dans le prurigo de Hébra, la cessation du prurit n'est que passagère.

Dans l'eczéma vrai les avis sont partagés : en réalité les résultats sont essentiellement variables : dans quelques cas, la guérison a pu s'ensuivre ; dans d'autres, amélioration, échec ou même aggravation.

Dans les dermites artificielles, d'après Ravaut, l'Autohémothérapie doit être tentée.

Dans les dermatites, polymorphes douloureuses de

Brocq, Ravaut et Mathieu, Nicolas, Gaté et Dupasquier etc... ont apporté de beaux succès.

L'herpès récidivant paraît justiciable de l'Autohémothérapie.

Le zona a paru à Spillmann particulièrement influencé par cette méthode.

Certaines infections cutanées et certaines dermatoses infectieuses paraissent dans certains cas nettement influencées par l'Autohémothérapie.

L'hydrosadénite des aisselles peut dans certains cas être combattue avec succès.

L'anthrax, d'après Thoul et Fauvet, serait aussi favorablement influencé.

Signalons enfin que l'Autohémothérapie utilisée dans d'autres affections cutanées, comme le lichen plan, le psoriasis, les dermatites exfoliatrices etc., s'est jusqu'à présent montrée inefficace.

Conclusions : Pour le moment il faut nous résigner à ne pas saisir le mécanisme intime de l'Autohémothérapie et la considérer comme une méthode simple, inoffensive, susceptible de donner des résultats et qui mérite d'être tentée et étudiée de plus près.

Son action thérapeutique indéniable ne reconnaît certainement pas un mécanisme unique.

On peut, actuellement, avec les conceptions actuelles, la classer avec les méthodes de désensibilisation non spécifiques, ou à côté d'elles (Spillmann), elle sera non pas préférée à d'autres, mais employée parallèlement, car chaque cas réagit d'une manière particulière.

CHAPITRE III

L'ACTION DE L'AUTOHEMOTHERAPIE DANS LA LÈPRE

A). — Action de L'Autohémothérapie sur les lésions de la lèpre

Avec notre maître, M. Sézary, nous avons étudié, l'action de l'Autohémothérapie dans six cas le lèpre en poussée évolutive.

Chez ces six malades l'Autohémothérapie a une action :

1° Sur les lésions cutanées.

2° Sur les troubles nerveux.

3° Sur les phénomènes généraux.

1° *Les lésions cutanées :* 5 malades du service du Dr Sézary présentaient :

Observation I, des placards pigmentés et infiltrés sur la face et les membres, larges comme une pièce de un franc.

Observation II, des lésions maculeuses érythémato-pigmentées, sur la face et les membres, de dimensions variant de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une

pièce de 1 franc. Plusieurs tubercules de volume d'un pois au niveau des pommettes.

Observation IV, des taches érythémato-pigmentées et infiltrées de la face notamment sur la joue gauche.

Observation V, le visage infiltré. Des tubercules assez volumineuses siégeant sur les pommettes. Des exulcérations des orteils.

Observation VI, plusieurs ulcérations de la face. — Après une série de 10 injections dans l'observ. I, nous avons constaté au bout de 10 jours environ une diminution nette de l'infiltration des lésions cutanées. Elles sont disparues à la fin du traitement.

Dans l'observation II, (série de 12 injections), nous avons constaté, que les tubercules et les placards de la face et des membres commencent à régresser après la 2e injection. A la fin du traitement toutes les lésions cutanées se sont affaissées.

Dans l'observation IV, (série de 15 injections). Après la 7e piqûre les taches érythémato-pigmentées ne sont plus infiltrées. Leur teinte érythémateuse s'est notablement atténuée.

Dans l'observation V (série de 13 injections). Très rapidement les croûtes sont tombées et les ulcères se sont épidermisés. Ceci à la suite de la 1re et 2e injections. Les 10 orteils exulcérés étant cicatrisés après la 1e injection.

Le visage est beaucoup moins infiltré dans son ensemble, et les tubercules les moins volumineuses sont différemment moins saillantes.

Dans l'observation VI (série de 12 injections). Les

ulcérations de la face sont beaucoup moins saillantes après la 2e piqûre.

2° *Les troubles nerveux* :

a) *Subjectifs*

Observation II, la malade accuse des douleurs sur le bord interne du bras, de l'avant-bras et dans les deux derniers doigts du membre supérieur gauche. Quelques douleurs dans le poignet droit.

Observation III, Phénomènes douloureux dans la main gauche siégeant sur les deux derniers doigts, face palmaire, le bord cubital de la main et l'éminence thénar.

Observation VI, sensation des secousses très vives, fulgurantes dans les jambes. Les avant-bras et les poignets étaient très douloureux à la palpation. — Le nerf cubital gauche était perceptible au-dessus de la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Ces malades avant d'avoir subi le traitement par l'Autohémothérapie étaient au chaulmoogra, novarsénobenzol, vaccin de Vaudremer. Le dernier a été traité aussi par la crisalbine, nous n'avons eu aucun effet thérapeutique.

Nous avons alors commencé l'Autohémothérapie et nous avons obtenu les résultats suivants :

Observation II, (série 12 injections). Les douleurs névrétiques siégeant sur le bras et avant-bras gauches ont disparu très rapidement, après la 3e piqûre. Vers la fin du traitement, tous les phénomènes douloureux ont complètement disparu,

Observation III, (série de 10 injections). Après la 4e injection on note la disparition des douleurs et une amélioration des troubles paralytiques.

Observation VI, (série de 12 injections). Les douleurs des avant-bras et des poignets ont beaucoup diminué. Après la 5e piqûre tous les phénomènes douloureux ont disparu.

b) *Objectifs*

Dans un cas, (Observation III), de paralysie radiocubitale droite, la main était en griffe. Les deux dernières phalanges des quatre derniers doigts étaient fléchies sur les premières. Le 5e doigt était en crochet. L'extension des doigts et du poignet était impossible.

Après la 4e injection d'Autohémothérapie on note une amélioration des troubles paralytiques, le malade commençait à relever son poignet. Vers la fin du traitement le malade relevait assez vigoureusement son poignet.

3° *Les phénomènes généraux* : C'est la fièvre qui est le plus souvent influencée. Dans deux cas (observ. II, observ. VI) la température oscillait au moment où on a commencé le traitement par l'Autohémothérapie, entre 38° le matin et 39°7 le soir, est tombée à la normale après la 3e injection dans un cas, et après la 4e dans un autre cas.

B) Rapidité du mode d'action. — Nous pouvons dire que l'action de l'Autohémothérapie est très rapide.

Après la 1re injection dans les cas les plus rapides.

Après la 7e injection dans les cas les plus longs Le

résultat si rapide de l'Autohémothérapie dans la lèpre est comparable avec celui que l'on obtient dans les autres dermatoses. Dans l'urticaire, l'eczéma, la furonculose, etc. l'Autohémothérapie quand elle agit, agit rapidement.

C) Influence de l'age des lésions :

1. Lésions récentes : dans les Observations I, II, III, IV, V, les poussées évolutives étaient récentes.

Dans les unes elles dataient de 15 jours environ ;

Dans d'autres, elles dataient de un mois environ. L'Autohémothérapie a permis de juguler les accidents très rapidement.

Lésions anciennes. — Au contraire, lorsque les lésions sont anciennes comme dans l'Observation VI, où l'on avait des tubercules, durs, bistrés, de volume variant d'un grain de chènevis à une noisette ou même une noix, siégeant surtout à la face, donnant à la malade l'aspect devenu classique, dit : masque léonin, avec douleurs vives dans les avant-bras et les poignets, l'action de l'Autohémothérapie a été nulle.

Dans les lésions anciennes cependant, l'action de l'Autohémothérapie peut être encore utilisée : nous voulons parler de la réactivation des lésions par les sels d'or.

On sait, en effet, que par l'emploi des sels d'or comme nous avons constaté dans un cas, que les lésions subissent une poussée évolutive : les tubercules ulcérés de la face sont devenus très suintants.

Les ulcérations se creusèrent, s'agrandirent et particulièrement celles qui se trouvaient à la racine du nez, côté

gauche. La température oscillait entre 38°4 le matin et 38°6 ou 39° le soir. Les douleurs augmentèrent, de plus la malade se sentait fatiguée, l'appétit avait complètement disparu.

C'est à ce moment que l'Autohémothérapie a des chances d'agir (Sézary). Dans notre cas, après une série de douze injections d'Autohémothérapie, nous avons obtenu les résultats suivants :

Après la deuxième piqûre, les ulcérations de la face sont beaucoup moins saillantes, les douleurs de l'avant-bras gauche ont beaucoup diminué.

La température est tombée à la normale après la quatrième piqûre et les douleurs névritiques ont complètement disparu au bout de la cinquième injection.

En résumé : L'âge des lésions est une notion très importante ;

Lésions récentes : effet immédiat et rapide ;

Lésions anciennes : effet quasi nul. La réactivation par les sels d'or permet ensuite à l'Autohémothérapie d'agir.

D) Résultats incomplets :

a) Dans certains cas (Observ. I, II, III, V), l'action de l'Autohémothérapie a été complète.

Les lépromes ont commencé à régresser après la deuxième injection de sang, pour disparaître complètement à la fin du traitement, c'est-à-dire après la dixième injection.

Les ulcérations se sont épidermisées très rapidement au bout de la première et deuxième injections.

Les douleurs névritiques ont disparu après la troisième

injection et dans un cas, à la fin du traitement, on a obtenu une guérison complète d'une paralysie radio-cubitale droite.

De même pour la fièvre qui, au moment où on a commencé le traitement, oscillait entre 38°5 le matin et 39°7 le soir, est tombée à la normale après la troisième injection de sang.

b) Dans d'autres cas (Observ. I, IV, VI) au contraire, l'action de l'Autohémothérapie a été incomplète :

Les lépromes se sont franchement atténués, mais sans disparaître complètement.

Une paralysie du sciatique poplité externe datant de 2 ans et en voie d'amélioration lente, n'a pas paru bénéficier particulièrement de l'Autohémothérapie.

E) Résultats inconstants. :

Comme toute thérapeutique, l'Autohémothérapie compte des insuccès. C'est ainsi dans un de nos cas, nous n'avons pas pu obtenir, une disparition des lésions cutanées, même après une série de douze injections de sang.

Cependant, sur six cas que nous avons traités, il y a eu cinq succès et un échec, par conséquence, méthode intéressante tout de même.

F) Poussées évolutives au cours de l'Autohémothérapie :

Comme toute médication désinsensibilisante, l'Autohémothérapie, ne saurait empêcher une nouvelle poussée de se produire, même au cours du traitement.

C'est ainsi, tout récemment, chez un de nos malades,

l'action de l'Autohémothérapie ne s'est pas montrée préventive.

Au cours d'une poussée que les injections de sang étaient en train d'améliorer, il est survenu une nouvelle poussée de petits tubercules croûteux.

G) Conclusions générales :

L'Autohémothérapie n'agit pas sur les lésions anciennes, mais sur les lésions récentes, donc sur les poussées évolutives.

Or, nous connaissons bien la gravité de ces poussées, au cours desquelles la lèpre fait des progrès considérables.

C'est également à ces périodes que la maladie présente une recrudescence des signes fonctionnels et généraux extrêmement pénibles.

L'Autohémothérapie, méthode simple, sans accidents, sans contre-indication est alors à essayer. Son efficacité sera jugée rapidement.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Les observations que nous publions ont été résumées ; nous ne rapportons que les indications cliniques concernant le diagnostic de l'affection, les poussées évolutives, le traitement et les résultats enregistrés.

OBSERVATION I

Lèpre mixte. Service du Dr Sézary. Amélioration rapide par l'autohémothérapie.

Mme P. E., âgée de 24 ans. Le début de la maladie remonte à 1922. La malade présentait des placards pigmentés et infiltrés sur la face et sur les membres. Elle accusait des troubles sensitifs et moteurs des mains. A l'examen nerveux, on notait : hypoesthésie à la douleur de l'avant-bras droit. De chaque côté du coude, on percevait le cordon induré du nerf cubital. Les reflexes stylo-radial et cubito-palmaire étaient normaux. Hypoesthésie douloureuse sur la jambe et le pied, remontant jusqu'au genou. A la jambe gauche, on note une paralysie du sciatique poplité externe. A la face, abolition de la sensibilité douloureuse sur la plaque et les tubercules du nez.

Traitement : Huile de chaulmoogra, acétylarsan. Résultat : Etat stationnaire.

1er mai. — Une poussée évolutive se produit :

Des petits lépromes sont apparus sur la face, notamment sur la pommette droite. Sur le nez, on note un tubercule siégeant au niveau de la cloison. Les placards s'ulcèrent, on voit apparaître de nombreuses ulcérations suppurantes atones, à fond rouge. Sur les avant-bras, les cuisses et les jambes sont apparues des plaques arrondies, blanchâtres, dépigmentées, entourées des zones pigmentées. Les troubles douloureux apparaissent : ce sont des douleurs vives de l'avant-bras et de la main, surtout marquées à gauche et survenant en général la nuit. Les troubles moteurs progressent également ; la gêne fonctionnelle des mains s'accentue, de même que l'atrophie musculaire. Le pied tombe, la loge antéro-externe s'atrophie, la malade ne peut plus relever le pied. Enfin l'état général s'altère, et le soir la malade présente une température irrégulière.

8 mai. — On institue un traitement autohémothérapique. Dans la matinée on retire au malade 5 centimètres cubes de sang, par ponction veineuse qu'on lui injecte dans la région fessière.

10 mai. — Etat stationnaire.

11 mai. — Nouvelle injection de sang à la dose de 10 centimètres cubes.

14 mai. — Les lépromes siégeant sur la pommette droite commencent à régresser. On pratique une 3e injection à la dose de 15 centimètres cubes.

20 mai. — Les lésions cutanées commencent à disparaître. On pratique une 4e injection à la dose de 20 centimètres cubes.

24 mai. — 5e injection de sang.

27 mai. — L'infiltration des lésions cutanées a nettement diminué. 6e injection.

30 mai. — Etat stationnaire. 7e injection.

2 juin. — Amélioration notable ; on pratique une 8e injection.

5 juin. — L'amélioration continue. 9e injection.

8 juin. — 10e injection de sang.

14 juin. — Disparition complète des lésions cutanées, époque à laquelle la malade quitte l'hôpital.

A noter que la paralysie du sciatique poplité externe datant de deux ans, et en voie d'amélioration lente, n'a pas paru bénéficier particulièrement de l'autohémothérapie.

OBSERVATION II

Lèpre mixte datant de 7 ans. Service du Dr Sézary. Amélioration rapide par l'autohémothérapie.

Mme A. à son entrée à l'hôpital, présentait : des lésions maculeuses érythémato-pigmentées sur la face, sur les membres et la région scapulaire. L'examen du nez montrait une ulcération de la cloison. Dans la bouche on notait trois ulcérations, bourgeonnantes, pâles, au niveau de la luette. Rien sur la langue. La malade présentait une atrophie des muscles de l'éminence thénar. Les nerfs cubitaux étaient volumineux à la palpation derrière l'épitrochlée. Pas de troubles nerveux ni de la sensibilité. Les reflexes étaient normaux.

Traitement : chaulmoogra, novarsenobenzol, pointes de feu, vaccin de Vaudremer.

3 novembre, une poussée évolutive se produit : Apparition des lépromes, de dimensions variant de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 1 franc, siégeant sur la face. Au niveau des pommettes, plusieurs tubercules de volume d'un pois. Aux membres supérieurs les lésions les plus caractéristiques siègent au coude droit, du côté des extenseurs, où on peut constater huit tubercules arrondis, nummulaires, d'un rouge vineux, saillants, durs. Sur tout le reste du membre supérieur droit, on constate des lésions analogues, plus petites, mais fortement infiltrées. Sur la face antéro-externe de la cuisse gauche sont apparus de nouveaux éléments, de coloration cuivrée, infiltrés. Quelques jours après, la malade se sent fatiguée. La figure est bouffie. En même temps est apparu un tubercule sur la paupière gauche. D'autre part, les éléments de la figure sont devenus plus rouges et plus saillants. Les conjonctives sont rouges, à gauche il existe un petit tubercule sur la cornée. La vision est intacte. Présence de plaques sur le front. Les gencives, légèrement infiltrées auparavant, sont tuméfiées. Elle accuse des douleurs sur le bord interne du bras, de l'avant-bras et dans les deux derniers doigts du membre supérieur gauche. Quelques douleurs dans le poignet droit. La température oscille entre 38°5 le matin et 39°7 le soir.

19 novembre. — Autohémothérapie. 1re injection de 5 centimètres cubes de sang.

21 novembre.— Etat stationnaire. 2e injection de 10 centimètres cubes de sang.

23 novembre. — Les tubercules et les placards siégeant à la face et aux membres commencent à régresser. On pratique une 3e injection de sang à la dose de 15 centimètres cubes.

25 novembre. — L'amélioration des lésions cutanées se maintient, elle s'accentue même. Les douleurs névritiques siégeant sur le bras et l'avant-bras gauches ont disparu.On pratique la 4e injection à la dose de 20 centimètres cubes. La fièvre est tombée à la normale.

27 novembre. — Etat stationnaire. 5e injection.

29 novembre. — Amélioration persistante. 6e injection.

1er décembre. — 7e injection.

3 décembre. — 8e injection.

5 décembre. — L'amélioration continue. On pratique la 9e injection.

7 décembre. — Les lésions cutanées ont presque complètement disparu. 10e injection.

10 décembre. — Même état. 11e injection.

13 décembre. — Tous les phénomènes douloureux ont complètement disparu. Les lésions cutanées se sont complètement affaissées. 12e injection.

Actuellement il ne persiste à la place des lésions cutanées que des vestiges pigmentaires.

OBSERVATION III

Lèpre musculaire et nerveuse. Service du Dr Sézary. Guérison d'une paralysie radio-cubitale droite par l'autohémothérapie.

E. E., âgé de 14 ans 1/2. Malade envoyé de Guadeloupe. A son entrée à l'hôpital on notait sur la face plusieurs taches dépigmentées. Sur le cou deux grandes taches allongées longitudinalement à la nuque, larges de trois travers de doigts. Sur le corps nombreuses taches sur des différents endroits. Aux membres supé-

rieurs la région deltoïdienne était dépigmentée. Le 1er et le 5e doigts étaient en demi-flexion, mais on pouvait les étendre. Aux membres inférieurs, des taches nombreuses siégeant sur la face antéro-externe de la cuisse, face externe du genou droit, face antérieure de la jambe gauche et région malléolaire. Des deux côtés les reflexes tendineux étaient normaux. Sur toutes les taches dépigmentées on notait l'anesthésie à la douleur et à la chaleur. La main droite était insensible et la sensation du contact n'existait plus jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'articulation radio-carpienne.

Traitement : capsules de chaulmoogra.

14 novembre. — Une aggravation des phénomènes nerveux se produit. Le malade accuse des douleurs dans la main gauche surtout la nuit et les compare à une sensation de courant électrique. Ces phénomènes siègent sur les deux derniers doigts, face palmaire, le bord cubital de la main et l'éminence thénar. A l'examen on note : une hypoesthésie à la piqûre au bord cubital de l'avant-bras. Hypoesthésie nette au froid et au chaud. Pas de modification cutanée.

Depuis le 7 décembre la main droite est en griffe. Les deux dernières phalanges des quatre derniers doigts sont fléchies sur les premières. Le 5e doigt est en crochet. L'extension des doigts est impossible. La main est en pronation et tombante. La force de flexion est conservée. L'extension du poignet est impossible.

L'examen électrique note une diminution de l'exitabilité faradique et galvanique du nerf radial droit. Diminution de l'exitabilité faradique des muscles extenseurs du côté droit. Exitabilité galvanique des extenseurs égale des deux côtés, mais avec secousse plus lente à droite. Dans le domaine du nerf cubital pas de différence appréciable entre le côté gauche et droit.

14 décembre. — On institue un traitement autohémothérapique. 1re injection 5 centimètres cubes de sang.

17 décembre. — 2e injection 10 centimètres cubes de sang.

21 décembre. — Etat stationnaire. On pratique la 3e injection à la dose de 15 centimètres cubes.

24 décembre. — Même état. 4e injection à la dose de 20 centimètres cubes.

27 décembre. — On note une amélioration des troubles paralytiques, le malade commence à pouvoir relever son poignet. De même on note la disparition des phénomènes douloureux. On pratique la 5e injection.

31 décembre. — L'amélioration se maintient, elle s'accentue même. 6e injection.

1er janvier. — 7e injection.

7 janvier. — Amélioration persistante. 8e injection.

10 janvier. — Le malade relève assez vigoureusement son poignet mais il n'a pas encore retrouvé la force suffisante pour s'opposer efficacement à l'effort qu'on lui imposait. 9e injection.

14 janvier. — Même état. 10e injection.

Actuellement la paralysie radio-cubitale droite est complètement guérie.

OBSERVATION IV

Lèpre cutanée. Service du Dr Sézary. Amélioration par l'autohémotérapie.

Mme B. Le début de la maladie remonte à 1916 par une insensibilité du bras gauche. Un an après sont apparus des taches rouges, puis violettes, siégeant sur le visage.

Soignée à Paris pendant six mois au chaulmoogra, par M. Jeanselme. A la suite de ce traitement les taches sont moins rouges.

La malade part pour Bordeaux, où on lui conseille d'abandonner le chaulmoogra, pour prendre de l'huile de foie de morue.

Six mois après un chagrin, apparition d'une poussée aiguë avec nodules et plaies au niveau de la face.

Pendant cinq ans elle a fait une vingtaine de poussées évolutives.

En 1923 la malade voit M. Pomaret qui lui fait traitement par l'éparséno. A la suite, arrêt des poussées évolutives ; disparition complète des taches.

En 1925 elle fait une kératite intertitielle qui s'arrête par l'antigène tuberculeux.

En 1926 on suspend tout traitement.

En 1929 nouvelle poussée évolutive. La malade présente des taches érythémato-pigmentées, infiltrées, siégeant sur les deux pommettes.

Elle est traitée à nouveau par l'éparséno.

Un mois après de nouvelles taches pigmentées et infiltrées apparaissent sur le visage.

La malade consulte M. Pomaret et M. Sézary qui essayent l'autohémothérapie. La malade reçoit une série de 15 injections de sang. Une piqûre tous les deux jours environ à doses croissantes : 5 centimètres cubes la première injection, 10 centimètres cubes la seconde injection, 15 centimètres cubes la troisième injection, les autres injections à la dose de 20 centimètres cubes.

Résultats : Amélioration notable après la septième injection de sang. Le visage n'est plus infiltré. La teinte érythémateuse des lésions cutanées s'est notablement atténuée.

OBSERVATION V

Lèpre tuberculeuse. Service du Dr Sézary. Amélioration rapide par l'autohémothérapie.

Mme G. D., âgée de 30 ans. Le début de la maladie remonte à 1924, par l'apparition d'une pigmentation généralisée du visage, de même sur les bras.

Les mains et les pieds étaient enflés, boudinés. Elle accusait des phénomènes de névrite de la plante des pieds. Sensation de pression dans la tête. La sensibilité est restée normale sur le visage et sur le bras. Insensibilité à la piqûre sur les jambes.

Traitement : capsules de chaulmoogra, gynocarde de soude, éparséno, huile éthylique de Krabao, antigène méthylique dilué.

25 décembre, apparition subite d'une nouvelle poussée.

Sur la face sont apparus de nouveaux tubercules de dimensions variables. Sur les pommettes et sur le nez plusieurs ulcérations suintantes, recouvertes de croûtes irrégulières. Quelques taches érythémato-pigmentées sur les bras et les jambes. Le visage est

très infiltré. Au niveau des orteils des deux pieds on note plusieurs ulcérations.

Douleurs névritiques dans les membres. La main ne peut pas être fermée complètement.

10 janvier. — On institue un traitement autohémothérapique. 1re injection de 5 centimètres cubes.

13 janvier. — Amélioration. Les croûtes de la face sont tombées. Les ulcérations sont moins suintantes. Les orteils exulcérés se sont cicatrisés. 2e injection de sang à la dose de 10 centimètres cubes.

15 janvier. — Les ulcérations de la face se sont épidermisées. On pratique la 3e injection à la dose de 15 centimètres cubes.

17 janvier. — L'amélioration se maintient. Elle s'accentue même. On pratique la 4e injection à la dose de 20 centimètres cubes.

19 janvier. — 5e injection de sang.

21 janvier. — Le visage est beaucoup moins infiltré dans son ensemble, et les tubercules les moins volumineux sont différemment moins saillants. 6 injection.

23 janvier. — Etat stationnaire. 7e injection de sang.

25 janvier. — Amélioration persistante. 8e injection de sang.

27 janvier. — La main qui ne pouvait être fermée complètement peut l'être après la 8e injection. On pratique la 9e injection.

31 janvier. — Même état. 10e injection.

3 février. — 11e injection.

5 février. — Deux ulcérations recouvertes de croûtes se sont produites.

7 février. — 12e injection. La malade accuse une amélioration continue.

OBSERVATION VI

Lèpre mixte. Service du Dr Sézary. Amélioration après réactivation des lésions par les sels d'or.

Mme N. L., âgée de 41 ans. Le début de la maladie remonte à 1925 et à son entrée à l'hôpital elle présentait deux ordres de

lésions : des taches érythémateuses en placards sur les membres inférieurs, la face, de coloration rouge bistre, formant de vastes époississements blanchâtres, d'aspect kératosique à la plante des pieds et aux talons, des tubercules infiltrés, durs, bistrés, siégeant sur le bras et à la face ; les joues, le nez étaient épaissis, squameux. En outre, elle présentait des plaques dépigmentées à la jambe droite, alternant avec des zones érythémateuses. Il y avait un peu de fièvre, un peu d'infiltration de la muqueuse pituitaire. Pas d'adénopathie, aucun trouble viscéral.

Au point de vue nerveux, la malade accusait une sensation de secousses très vives, fulgurantes. Les placards étaient complètement anesthésiés. Les avant-bras et les poignets étaient extrêmement sensibles, la palpation était très douloureuse. Il existait une légère amyotrophie des extenseurs et fléchisseurs des doigts, des éminences thénar et hypothénar. Les reflexes étaient vifs, la force musculaire considérablement diminuée.

Traitement : chaulmoogra. Etat stationnaire.

1er mai. — Une aggravation des symptômes se produit. Sur la face, à droite principalement, sur le nez et sur le lobule de l'oreille gauche sont apparues des ulcérations suppurant par endroits, couvertes d'une croûte irrégulière. Les douleurs névritiques augmentèrent et la température oscillait entre 37°5 le matin et 38°2 le soir.

5 mai. — On institue le traitement autohémothérapique à doses progressives : 5 cc., 10 cc., 15 cc. et 20 cc.

Après une série de 11 injections de sang tous les deux jours environ, on ne note aucun résultat.

8 octobre. — La malade est mise au traitement par les sels d'or.

11 octobre. — 2e piqûre de sels d'or. Les lésions faciales sont plus suintantes.

13 octobre. — La malade est prise d'engourdissement, de douleurs profondes dans le territoire du nerf cubital droit, du petit doigt et au coude. Température à 38°2.

Les jours suivants, les douleurs augmentent. Elle accusait un engourdissement continu sur lequel se greffent des douleurs en éclairs, que la malade compare à des piqûres d'aiguille.

Aux membres inférieurs, l'état était stationnaire. A la face, les ulcérations étaient très suintantes, recouvertes d'une croûte devenue plus importante.

La température se montrait élevée, autour de 38° le soir, descendant à 37°5 le matin.

15 octobre. — 3e piqûre de sels d'or. Les douleurs continuent avec la même intensité. Les ulcérations se creusent, s'agrandissent particulièrement celles qui se trouvaient à la racine du nez, côté gauche. La température oscillait entre 38°4 le matin et 38°6 ou 39° le soir.

17 octobre. — 4e piqûre de sels d'or. Même état local. La température se maintient élevée. Les douleurs persistaient. De plus la malade se sentait fatiguée, l'appétit avait complètement disparu. Les sels d'or sont supprimés.

21 octobre. — La malade est mise à l'autohémothérapie. 1re injection de sang à la dose de 5 centimètres cubes.

25 octobre. — Etat stationnaire. On pratique la 2e injection à la dose de 10 centimètres cubes.

27 octobre. — Après la deuxième piqûre les ulcérations de la face sont beaucoup moins saillantes. Les douleurs de l'avant-bras gauche ont beaucoup diminué. Une troisième injection à la dose de 15 centimètres cubes. La température est moins élevée.

28 octobre. — L'amélioration se maintient. La malade a passé une bonne nuit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis huit jours environ. Une quatrième injection dans la soirée à la dose de 20 centimètres cubes.

30 octobre. — L'infiltration de la face a beaucoup diminué. Les ulcérations du nez sont de moins en moins suintantes. La température est tombée à la normale. On pratique la 5e injection de sang.

2 novembre. — L'amélioration continue. Les douleurs névritiques ont complètement disparu. 6e injection.

4 novembre. — 7e injection.

6 novembre. — Amélioration persistante. 8e injection.

10 novembre. — 9e injection.

13 novembre. — On note encore une légère infiltration de la

face. La malade dort mieux. Elle augmente de poids : 38 k. 450 contre 35 k. 850. 10e injection de sang.

15 novembre. — Etat stationnaire. 11e injection.

17 novembre. — 12e injection de sang.

Malheureusement, quelque temps après notre traitement, qui a eu une certaine influence sur les lésions réactivées par l'administration des sels d'or, une nouvelle poussée apparaît, caractérisée par des lésions suintantes de la lèvre inférieure et de la joue droite. Les lésions sont très prurigineuses. On institue de nouveau un traitement autohémothérapique, une série de 9 injections, mais sans résultat appréciable.

Actuellement, la malade, hospitalisée dans le service de notre maître, M. Sézary, est au traitement par les injections de lait à la dose de 5 centimètres cubes. Après trois injections, la malade se sent améliorée.

CHAPITRE V

ETUDE ANALYTIQUE DES RESULTATS

Les observations que nous venons de décrire, montrent que l'Autohémothérapie peut être utilisée avec avantage dans le traitement de la lèpre.

Elle agit surtout sur les poussées évolutives à l'occasion desquelles la maladie fait des progrès si considérables.

Les lésions anciennes ne sont pas influencées par l'Autohémothérapie, comme nous avons constaté dans un de nos cas. Pour agir sur ces dernières, ils nous paraît utile d'associer les sels d'or à l'Autohémothérapie (A. Sézary, Dérot, Guède, Bulletin de la Soc. de Dermat. et Syphil. 1929, n° 8).

En effet, l'administration des sels d'or peut déterminer des poussées évolutives intenses, caractérisées par une réactivation des lésions existantes. Comme nous avons constaté dans une de nos observations, dans laquelle l'Autohémothérapie s'est montrée sans résultat appréciable. On institue alors, un traitement par les sels d'or : des nouveaux lépromes apparaissent, les troubles nerveux s'accentuent, la fièvre monte.

Ces réactions abandonnées à elles-mêmes pourraient aggraver l'affection, mais elles ont été rapidement jugulées par l'Autohémothérapie (Sézary).

Dans les lésions récentes, chez certains de nos malades une à trois injections de sang ont suffi, pour obtenir une disparition presque complète des lépromes, des troubles nerveux et de la fièvre.

L'amélioration sensible survient à une époque variable souvent au voisinage de la troisième injection de sang. En conséquence, l'action de l'Autohémothérapie dans la lèpre est en général rapide.

Etant donnée l'insuffisance de nos ressources thérapeutiques actuelles, un tel résultat est certainement appréciable.

Mais comme toute médication désensibilisante, l'Autohémothérapie ne saurait empêcher une nouvelle poussée de se produire au cours ou à la fin d'une série d'injections de sang (Observ. VI).

L'Autohémothérapie, à nouveau employée sera impuissante contre cette récidive.

Encore, comme dans les autres dermatoses, l'action de l'Autohémothérapie dans la lèpre est inconstante et incomplète.

L'Autohémothérapie par l'extrême simplicité de sa technique, mérite d'être largement employée. Elle est très facilement acceptée par les malades.

Ses dangers ou inconvénients sont presque inexistants; elle n'expose pas à des accidents anaphylactiques.

Le champ d'action de l'Autohémothérapie s'étendra probablement encore. Nous pensons avoir montré ce qu'on pouvait en espérer, dans les cas que nous avons exposés.

CONCLUSIONS

1. L'Autohémothérapie n'est pas une méthode de traitement curative de la lèpre, mais elle enraye les poussées évolutives au cours desquelles l'affection progresse et s'aggrave. Ainsi elle peut être employée utilement dans cette maladie.

2. C'est une médication simple, inoffensive, sans contre-indication.

3. Dans les cas favorables, son action est rapide, jugulant les lésions cutanées, parfois même les signes généraux et le troubles nerveux en quelques piqûres, à la condition que tous ces symptômes soient de date relativement récente.

4. Dans les lésions anciennes, la réactivation de ces lésions par les sels d'or, permet à l'Autohémothérapie d'agir (Sézary).

5. Comme toutes les médications désensibilisantes, l'Autohémothérapie a une action souvent incomplète,

inconstante. Elle ne prévient pas d'autres poussées évolutives, celles-ci pouvant survenir au cours même d'une série d'injections.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER

Vu : *Le Président de Thèse.*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Beurmann (de) et Gougerot. — *Contribution à l'étude de la lèpre. La Leproline de Rost.* Bull. de la Soc. des Hôp., 6 déc. 1907.

Traitement de la lèpre par la Léproline: Ibid. même séance.

Unna. — *Sur la Pathogénie et la Thérapeutique de la lèpre.* Lepra 1906, VI, fasc. 3, p. 141.

Brault. — *Quelques traitements utilisés actuellement dans la lèpre.* Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil., 1910, p. 207.

Belot (J.). — *La Radiothérapie,* Steinheil éditeur, p. 388-389.

Scholtz. — *Ueber die Behandlung die Haukrankeiten mit Röntgenstahlen und Conzentriten Licht,* Deutsche Méd. Woch, 1903.

Beurmann (de). — *Traitement de la lèpre « in Lepra »,* Leipzig 1910, p. 301-308.

Oudin. — *Lèpre tuberculeuse traitée par Rayons X,* Bull. Soc. d'Electrothérapie, déc. 1902, p. 138-143.

Rost (E.-R.). — Gaz. Méd. of India 1904.

Jeanselme. — *Les nouvelles médications antilépreuses*, Presse Méd., année 1911, n° 96.

Marchoux. — *Traité de Pathologie Exotique* T. VII. Editeur, J. B. Baillière et fils, Paris.

Perrin. — *Nouveau Traité de Médecine*. Masson, éditeur, année 1922.

Versari. — *Riforma Medica*, 1923, n° 3.

Laucha (B.). — *Actas Dermo-Syphiligraficas*, mars-février 1923, p. 124.

Hassan (Jonns). — *Traitement de la lèpre tuberculeuse par amino asénophénol*. Le Méd., 20 oct. 1922.

Dopter (Ch.). — *Pathologie Interne*. Bibl. Gilbert Fournier, année 1924. Editeur : J. B. Baillière et Fils, Paris.

Darier. — *Précis de Dermatologie*. Bibl. Masson, année 1928.

Gougerot. — *La Dermatologie en Clientèle*, année 1927.

Sézary (A.). — *Le changement des conditions biologiques générales considérées comme agent thérapeutique*, (Le Progrès Médical 1927.

Sézary, Derot et Guide. — *Bulletin de la Soc. de Dermat. et Syphili.* 1929, n° 8, page 1071.

Sézary (A.). — *L'Autohémothérapie dans la lèpre*, Bulletin de la Soc. de Dermat., 1929, p. 1-2.

Le Dantec. — *Précis de Pathologie exotique*, p. 11.

Widal, Abrami (P.), Brissaud (E.). — *Presse Médicale*, 5 Mars 1921.

Gastinel et Jacob (P.). — *Bulletin Médical*, 16 avril 1921.

WIDAL, ABRAMI (P.), BRISSAU (E.). — *Presse Médicale*, 3 Avril 1920.

RAVAUT. — *Autohémothérapie dans quelques dermatoses*, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1913.

BRINCHERHOFF et WAYSON. — *Report upon the Irealement of six Leprosy with Nastin* (Deyke). IIe Conf. internat. de la Lèpre, Bergen 1909, Vol. II, pages 291-295.

UNNA. — *Neure Behandlungs methoden der Lepra Dermatologische Wochenschrift*, 12 Mars 1928.

SPILMANN. — *L'Autohémothérapie dans le zona.* La Médecine 1923.

DUMOLLARD. — *Etude critique de l'Autohémothérapie en Dermatologie* (Thèse de Lyon, 1913).

TZANCK. — *Traitement des Eczémas professionnels par l'Autohémothérapie.* L'Hôpital, Août 1921.

NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER. — *Deux cas de prurigo rebelles guéris par l'Autohémothérapie.* Annales de Dermat. et de Syphili, 1921.

BUFFLER. — *Essais de l'Autohémothérapie dans la furonculose.* (Thèse de Paris, 1922).

SPILMANN. — *Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées.* IIe Congrès de Dermat. et de Syphili, Strasbourg, 1923.

RUBY. — *Essais d'Autohémothérapie dans les dermatoses.* (Thèse de Lyon, 1921).

SCHULMANN (E.). — *Presse Médicale*, 22 Mars 1924.

LOUSTE, THIBAUD et BARBIER. — *L'Autohémothérapie*

dans les dermatoses. Journal Médical Français, Paris, Novembre 1923.

RASPILLER. — *Contribution à l'étude de l'Autohémothérapie dans les dermatoses.* (Thèse de Nancy, 1923).

BRELET. — *L'Autohémothérapie.* Gazette des Hôpitaux, 7 et 9 Octobre 1924.

GASTON, PONTOISEAU et DUTREY. — *L'Autohémothérapie dans le traitement des dermatoses.* Soc. de Médecine de Paris, 24 Juin 1922.

DRACULIDÈS. — *Sensibilisation et désensibilisation en dermatologie.* Paris, 1925, Editeur Vigné.

Imp. A. OLIVIER (M. Caron, directeur), rue Demolombe, 34. Caen.